

XLVIII Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1580 de 2018

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

FEDERACIÓN DE PRESTADORES MÉDICOS DEL INTERIOR (FEPREMI)
SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY
ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DEL URUGUAY (ADU)

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 15 de mayo de 2018

(Sin corregir)

Presiden: Señores Representantes Mabel Quintela y Walter De León (Vicepresidente).

Miembros: Señores Representantes Luis Gallo Cantera, Rosina Lema, Martín Lema Perreta y Nibia Reisch.

Invitados: Por FEPREMI, doctores Carlos Cardoso, Presidente; Álvaro Eguren, Asesor Legal y economista Gustavo Bonetti, Asesor Económico.

Por el SMU, doctores Gustavo Grecco, Presidente; Alejandro Cuestas; Federico Prevé y arquitecta Eleonora Navatta.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Viviana Calcagno.

═══II═══

SEÑORA PRESIDENTA (Mabel Quintela).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social recibe con mucho gusto a la delegación de Fepremi (Federación de Prestadores Médicos del Interior), integrada por su presidente, el doctor Carlos Cardoso, el asesor letrado, doctor Álvaro Eguren y el asesor económico, economista Gustavo Bonetti.

Agradecemos su presencia en este ámbito para brindarnos su opinión sobre el proyecto relativo a centros o servicios de referencia en salud que tenemos a estudio.

SEÑOR CARDOSO (Carlos).- En nombre de la Federación de Prestadores Médicos del Interior agradecemos a la Comisión la invitación para dar nuestra opinión sobre este proyecto de ley.

Como es de su conocimiento, por la información que luce en los repartidos, Fepremi ha expresado su visión y opinión contraria a la letra de este proyecto, no al concepto que en él se maneja. Más allá de lo que fue nuestra exposición en la Cámara de Senadores que, seguramente, conocen, pretendemos explicarles algunos aspectos que consideramos sustantivos, a los efectos de la puesta en marcha de esta iniciativa. No queremos repetir lo que ya dijimos en el Senado, pero entendemos que es necesario hacer una puesta a punto de algunos aspectos.

Antes que nada, cabe señalar que esta institución nuclea veintidós instituciones de asistencia médica colectiva sin fines de lucro. Nuestras sedes principales están en el interior del país.

También es importante mencionar que no solo hemos respaldado y compartido todos los valores y criterios del Sistema Nacional Integrado de Salud, sino que lo aplicamos todos los días. Reitero: aplicamos los conceptos y criterios todos los días. Desde esa posición queremos hablar.

Básicamente, queremos explicar qué es Fepremi y por qué agradecemos que nos tengan en cuenta a la hora de legislar sobre estos temas importantes, que tienen repercusión sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Lo primero que queremos decir es que Fepremi, como tal, está a favor de los centros y servicios de referencia; y no estamos a favor solo en la palabra. No hay ningún sistema exactamente comparable a otro. Podemos hablar bastante al respecto. En el último año desarrollamos un trabajo comparativo del sistema de salud. El concepto de centro o servicio de referencia es importante para cualquier sistema. Esa fue la razón por la cual esta organización, hace veinticinco años, adquirió el Sanatorio Americano.

De manera que, en la práctica, estamos de acuerdo con que existan centros y servicios de referencia. En el interior del país nos encontramos con un problema de escala. Si bien hay 830.000 uruguayos afiliados a las instituciones, nuestra organización está en el interior, donde las instituciones tienen un promedio de 40.000 afiliados. Por esa razón, los centros y servicios de referencia son un aspecto clave en nuestro funcionamiento, en nuestra organización, en la eficiencia y eficacia de lo que damos.

Fepremi es la Federación de Prestadores Médicos del Interior, es una institución gremial de IAMPP, sin fines de lucro, que nuclea a veintidós instituciones de asistencia médica colectiva y está en los dieciocho departamentos del interior, además de Montevideo, pero con centros de referencia.

Nuestros estatutos están registrados en el Ministerio de Educación y Cultura, y funcionamos, fundamentalmente, sobre dos preceptos con respecto a las instituciones. El

primero de ellos es el de representar a las veintidós instituciones frente a los organismos públicos y los demás actores del sistema. El segundo aspecto es el manejo de los recursos compartidos. A continuación explicaremos de qué estamos hablando, porque es lo que da viabilidad a los centros y servicios de referencia.

Nosotros estamos en quinientas veinte localidades del país; y aclaro que hablo de localidades, porque puestos de atención son más. Las localidades incluyen a capitales departamentales, pueblos intermedios y localidades pequeñas de menos de mil quinientos habitantes, que son la mayoría que existen en el país; más de cuatrocientas veinte. En todas esas áreas solo se comparte con otro prestador público que es ASSE. Por lo tanto, en cada departamento que estamos organizados tenemos todos los niveles de asistencia; en cada uno de ellos hay capacidades de diferentes niveles de complejidad.

Como decíamos hay ochocientos treinta mil uruguayos que han elegido nuestras instituciones. En nuestra organización hay diecisiete mil trabajadores entre médicos y no médicos. La responsabilidad de dar asistencia a esta gente recae básicamente sobre este grupo.

Nosotros siempre decimos que somos la principal red de atención por nuestra forma de funcionamiento, que hoy abarca a todo el Uruguay. Nos organizamos para poder concentrar en el Sanatorio Americano el tratamiento de patologías o la realización de diagnósticos que desde el punto de vista cuantitativo no justifican la creación de un servicio local o que requieren alguna experticia debido a determinados procedimientos y no existe la posibilidad de radicación de gente para eso y, además, porque eventualmente requieren inversión en tecnología.

Desde que en 1993 las instituciones de Fepremi son propietarias del Sanatorio Americano hay un artículo en su estatuto que establece que no tiene fines de lucro. Está claro que si llega a haber excedentes por su actividad deben ser reinvertidos.

También el Sanatorio Americano fue constituyéndose lentamente, no solo en nuestro centro de referencia, sino además en centro de referencia para otros en la medida en que es un Sanatorio que está dedicado a la asistencia médica colectiva del interior aunque también algún prestador de Montevideo contrata sus servicios. Pero una de las cosas que desde hace muchísimos años se fue desarrollando fueron los Institutos de Medicina Altamente Especializada en el Sanatorio. En total tiene ocho, con una visión tal vez distinta con respecto a cómo llevar adelante estos servicios, con una visión de descentralizar lo descentralizable. Digo esto porque hay cosas que nunca se van a poder descentralizar o al menos no existen hoy condiciones en el país para hacerlo. Por ejemplo, si hablamos del tratamiento de la oncología pediátrica no es posible hacerlo. Nosotros tenemos un centro ahí. Pero si hablamos de la hemodinamia en adultos está claro que es gracias a que el Sanatorio Americano pudo desarrollar docencia, capacidad técnica, formar recursos humanos, que se pudo instalar en otro lugar de la República una sucursal que funciona bajo los mismos parámetros técnicos que este.

El Sanatorio Americano pasó de cuatrocientos a dos mil trabajadores en casi veinticinco años; trabajan quinientos cuarenta médicos de diversas especialidades y funcionan ocho IMAE. Los quiero nombrar para que se conozcan: está la Unidad de Cirugía Osteoarticular; el Centro Cardiológico Americano, que incluye la Hemodinamia, que también está en Salto; la intervención en la cirugía cardíaca y el trasplante cardíaco; el tratamiento de las congenituras cardíacas; la colocación de marcapasos y cardiodesfibriladores; la diálisis peritoneal crónica ambulatoria y la Unidad de Litotricia, tanto extracorpórea como endourológica. Para la endourológica también hemos desarrollado varios centros en el interior del país que ya están funcionando.

Nuestro centro de referencia se convirtió también, por necesidad y porque la política es descentralizar lo descentralizable, en un centro de docencia. En él trabajan más de cincuenta docentes universitarios; hay seis generaciones de médicos cardiólogos intervencionistas que han cursado y obtenido su título de cardiólogo en el Sanatorio Americano y gracias a esta función docente es que tenemos en la ciudad de Salto una sucursal que ha cumplido con toda la normativa que exigen las autoridades tanto del Ministerio como del Fondo Nacional de Recursos.

Esto no es solo médico, sino que también ahí se forman los técnicos radiólogos, las enfermeras y los ayudantes. Es una cuestión de equipo; nada funciona si alguna de sus piezas no anda. Y podemos decir que estamos muy satisfechos

En estos días va a salir la primera evaluación de los primeros nueve meses de funcionamiento de este centro.

En cuanto a que la cantidad de técnicas que se han realizado sin complicaciones de relevancia ha sido un número que pone al norte- litoral del Uruguay en la misma tasa de utilización que el sur de Uruguay, se generó una equidad, simplemente, porque esto puede funcionar para esta técnica. Es bien sabido que las instituciones del interior deben afrontar -además de lo que deben afrontar en la asistencia médica- el costo del traslado, que es muy alto; es una de las cosas más costosas en la asistencia médica.

Nosotros sabíamos -se ha confirmado en estos más de veinte años- que esto todavía era mucho más costoso cuando el sanatorio Americano no existía. Por lo tanto, la presión hacia el valor de la cuota Disse en aquel momento, la presión hacia la cápita es otra cuando se pueden manejar estos elementos con eficiencia y eficacia, que fue uno de los objetos.

Reiteramos que tener un centro de referencia muestra nuestra posición con respecto a los centros de referencia y a cómo se deben llevar adelante.

Además, también tenemos servicios de referencia en el sentido de que la organización se da según la estructura de los servicios que se quieren llevar adelante. En administración sanitaria existe lo que se conoce como la patología catastrófica, y hay abundante literatura al respecto. Hay una serie de patologías que están dentro del PIAS, de la canasta de prestaciones, que constituyen patología catastrófica, porque con su tratamiento puntual o permanente generan una descompensación económica, según el porte de la organización que lo tiene que soportar.

Para esto -también desde hace muchos tiempo, diez años- se comenzó con la implementación de un fondo entre todas las instituciones del interior, independientemente de su porte, que se denomina Fopreme, que es un fondo de aseguramiento recíproco, interno entre las instituciones, que comprende las siguientes patologías: la litotricia extracorpórea, que se realiza exclusivamente en el sanatorio Americano porque requiere equipamientos muy costosos; la litotricia endourológica, que además de realizarse en el Americano también se hace en cuatro o cinco lugares del interior del país; la radioneurocirugía y la radioterapiaa estereotáxica fraccionada; y la leucemia mieloblástica aguda, patología catalogada como catastrófica.

Si hablamos de las cirugías de mal formación congénita -que han sido nombradas anteriormente-, tenemos un sistema para el mielomelingocele -sistema basado en Fopremi-, para el tratamiento de la hernia diafragmática en el recién nacido, para la atresia de esófago, para la gastrosquisis onfalocele -acá hay un experto y no quiero extenderme mucho-, para las malformaciones anorrectales y para la enterocolitis necrotizante.

También cubrimos la totalidad de la oncología pediátrica y a todos los recién nacidos de bajo peso, es decir, a los niños que nacen con menos de 1.500 gramos de peso y requieren tratamientos especiales.

Todo eso está cubierto por nuestro sistema de servicios, más que centros de referencia, que está distribuido por todo el país.

En definitiva, todas ellas son patologías castastróficas y para las instituciones de nuestro porte se requiere una organización sanitaria adecuada para poder brindar asistencia.

Los resultados del tratamiento de todas estas patologías están disponibles, se encuentran dentro de los mejores estándares y todo esto ha sido construido en la interna de la organización Fopremi, fundamentalmente, con gestión prudente y con el objetivo de lograr la mejor calidad para el usuario.

Por la experiencia sistémica que tenemos desde hace muchos años, nos consideramos capaces de dar una opinión al proyecto de ley que está a consideración en estos momentos.

El primer aspecto a mencionar es que nada dice el proyecto para establecer una preferencia para que estos nuevos centros o servicios de referencia se ubiquen dentro de las organizaciones o estructuras sistémicas, como sí lo expresa la norma española, que es la base de esta iniciativa.

¿Por qué decimos esto? Porque las instituciones de asistencia médica, como dice la ley, siguen siendo responsables por la asistencia del paciente y deberían tener prioridad -que no figura en el proyecto- para poder organizar sus centros de referencia propios cuando el número de sus usuarios esté dentro del orden de magnitud de la prevalencia de la patología. En aras de definir "prevalencia" en términos simples y sencillos podríamos decir que es la frecuencia con que ocurre un evento en la población. Cuando analizamos el decreto español, que puso en marcha esto, vemos que tiene un análisis de prevalencia muy exquisito para la toma de decisión, y obviamente, no existe un servicio o centro de referencia, sino que hay múltiples que deben acreditarse. Pero tiene que ver con la prevalencia; no es lo mismo la malformación ocular del recién nacido, que tiene una prevalencia prácticamente nula y si Uruguay precisa su atención seguramente la pueda conseguir mucho mejor en los países vecinos, o el trasplante de pulmón, que ya se hace en los países vecinos, que hablar de otras patologías. Es decir que las instituciones, tanto públicas como privadas, deberían tener prioridad en el desarrollo de estos centros cuando la autoridad indique que debe generarse un centro.

La solución, en el proyecto de ley a estudio, carece de los fundamentos necesarios y suficientes para adoptar el modelo propuesto; no está. Nos tememos -el temor es simplemente eso, pero debemos prestarle atención- que esto sea una parte que hoy esté en la obligación de las instituciones, con formas establecidas para solucionar. La estabilidad del sistema, entre otras cosas, se mantiene generando definiciones que tanto en lo asistencial como en lo jurídico no generen múltiples interpretaciones.

A nuestro juicio, la solución propuesta por el Poder Ejecutivo no es la adecuada en cuanto a la definición precisa de qué es baja prevalencia y alto costo, que es ahí donde nos centramos para los centros de servicios de referencia.

Recurriremos a la semántica para tratar de explicar lo que queremos decir.

Un centro de referencia o un servicio de referencia no es más ni menos que un lugar donde alguien remite a un paciente para realizar un diagnóstico, un tratamiento o una rehabilitación. No es más que eso. Este centro debe cumplir con otras dos

condiciones: debe ser con baja prevalencia, para no concentrar el saber en pocas personas, y debe requerir tecnología o alto costo de inversión.

Los centros de referencia pueden estar organizados en función de diversas necesidades, y hemos explicado en función de qué parámetros lo organizamos nosotros en los últimos veinticinco años. En ese momento la ley nos permitía desarrollar los centros de referencias como IMAE, que fue lo que hicimos, pero queremos poner un ejemplo claro. Un centro de internación psiquiátrica puede ser un lugar de referencia, pero en ningún caso va a cumplir con las características que establece la ley, como es la baja prevalencia y el requerimiento de inversiones en tecnología.

Las características de los centros y servicios de referencia descritos en la ley son muy específicos, pero en distintas instancias parlamentarias, hemos visto que representantes del Poder Ejecutivo, del Fondo Nacional de Recursos y de la academia distan conceptualmente unos de otros en forma considerable en algunos aspectos y, diríamos, que hasta son contradictorios. Queremos aclarar este aspecto.

En primer lugar, se reclama una institucionalidad en relación a los centros y servicios de referencia, que se dice que hoy no existe. Nosotros opinamos lo contrario. Creemos que esa institucionalidad existe desde hace muchos años en el Uruguay y se llama Fondo Nacional de Recursos.

El Uruguay fue pionero en el mundo en cuanto a centros de referencia organizados como IMAE. De la comparación de las definiciones de la ley, del Fondo Nacional de Recursos y del presente proyecto, advertimos que no existen diferencias sustanciales en las definiciones en todos los aspectos, salvo una, que vamos dejar clara.

En la duplicación de organizaciones, en las reformas en salud, en los cambios, en los ajustes existe el riesgo del incremento de costo. Esta es nuestra opinión. se lee en la literatura con total claridad en todos los países que tienen reformas en marcha, porque estas no paran nunca. Hemos leído que se ha invocado en estas Cámaras que los IMAE pertenecen a instituciones privadas con fines de lucro y que esa es una razón para el cambio orgánico. Nosotros, como cualquiera de ustedes, entramos en la página web del Fondo Nacional de Recursos y un rápido conteo de los IMAE por técnicas nos muestra que, como mínimo, el 80% de ellos son públicos o de personas jurídicas que no tienen fines de lucro en sus estatutos. Pero si retiramos los centros de diálisis que hoy no cumplen con la definición, pero que, por razones operativas, siguen siendo financiados por el Fondo Nacional de Recursos, nos encontramos con que 94% de los IMAE son públicos o de personas jurídicas sin fines de lucro y solo el 6% son de empresas comerciales.

Sin embargo, este proyecto no dice nada respecto a la forma jurídica que deba tener el futuro centro de referencia. Por lo tanto, creemos que debe establecerse un artículo en el que se dé prioridad a las instituciones públicas y privadas que cumplan con las condiciones establecidas para ser IAMC, para ser servicio público, como ASSE, y que, además, tengan contrato de gestión con el Seguro Nacional de Salud, lo que en definitiva da la garantía de que son trabajadores del sistema en forma diaria y permanente. O sea que no se puede requerir esta nueva institucionalidad sobre la base de que los prestadores puedan ser personas jurídicas con fines de lucro, porque no es así. Es más, el Hospital de Clínicas tiene once de los quince IMAE que figuran en la página web del Fondo Nacional de Recursos.

Nos dijo el ministro que en la memoria del año 2015 del Fondo Nacional de Recursos se expresa que esta institución es un modelo no solo para el Uruguay, sino también para los demás países. Los médicos que estamos en esta sala hemos concurrido

a muchas convenciones y reuniones en las cuales panelistas extranjeros plantean trasladar esta experiencia uruguaya a sus países. Los argentinos son los más notorios y siempre nos lo dicen. Si bien se plantea el financiamiento a través del Fondo Nacional de Recursos, no se establece a través de qué mecanismos se pueden desarrollar estos IMAE.

El Ministerio de Salud Pública, a través de su ministro, ha dicho que los IMAE están en un nivel de excelencia. Nosotros lo compartimos plenamente. Aquel que no pueda cumplir con los estándares de calidad, no es un IMAE. Por eso, creemos que la institucionalidad IMAE, más allá de la forma jurídica y agregándole los elementos de la propiedad, tanto del permiso como de los medios de producción por las instituciones sin fines de lucro y por el sector público, es una cuestión clave para este proyecto de ley y, además, genera una estabilidad a todo el sistema de salud haciéndolo por esta vía.

Nosotros tememos -tenemos la prudencia de decirlo en este ámbito- que si esto no se establece en la ley, se van a generar pequeños grupos de médicos o de gente que acumule para sí un conocimiento que no enseñe a los demás y, como somos del interior, sabemos que los primeros que vamos a sufrir somos nosotros. Queremos dejar constancia de que nosotros no queremos eso. Tenemos docencia en el Sanatorio Americano y podemos afirmar que la mayor parte de la gente que allí se forma se queda en Montevideo, no va al interior; sin embargo, se hace igual. Creemos en esos aspectos. Pero cuando descentralizamos técnicas, sabemos que esa gente está capacitada para ir al interior. Ese concepto y el sufrimiento que el interior va a tener si eso no es así son aspectos que no los vamos a ver enseguida, pero sabemos que va a pasar, porque ya pasó en la historia de la asistencia médica del Uruguay.

El Uruguay tiene una solución desde el punto de vista de cómo se organizan los prestadores. Es decir, el Fondo Nacional de Salud contrata a una institución que se distingue por su prestación, porque es un prestador, pero no porque es un reasegurador, que es lo que es. El Seguro Nacional de Salud reasegura totalmente, no corre el riesgo; la que corre el riesgo es la institución que asume en su parte de seguro los riesgos de la prestación que tiene que dar. En el Uruguay eso está junto, es una sola institución y es una solución única en los sistemas de salud. Todos los demás sistemas de salud tienen los reaseguradores separados de los prestadores por distintas razones.

Esta institucionalidad que tiene el Uruguay es exitosa porque hace funcionar a muy bajo costo un sistema de salud, da prestaciones en cantidad y calidad -estoy hablando de las que están en el PIAS- y los resultados están a la vista. Hoy, este sistema está dando resultados y no sabemos por qué se puede generar una situación de inestabilidad.

Ahora, vayamos a las patologías que dan mérito al proyecto. El señor ministro nombró algunas.

El decreto español del año 2006 establece los centros y servicios de referencia y habla sobre las patologías identificadas que son sesenta y dos; hay tres en suspenso. Todas estas patologías abarcan una población de cuarenta millones de habitantes -bastante distinta a nosotros, por lo que no es comparable- y tienen que ver con la reconstrucción del pabellón auricular, el glaucoma congénito y el glaucoma en la infancia, los tumores extraoculares en la infancia, etcétera. Estas patologías son raras en el Uruguay; a diferencia de los IMAE, tratan una patología que eventualmente tiene mayor prevalencia y es de alto costo. Vemos que la estructura, el modelo, no está adaptado a la realidad institucional del Uruguay.

Hemos leído que la hemofilia en Uruguay es un problema. Hay muy pocos casos; la prevalencia es muy baja. Hablo fundamentalmente de la hemofilia tipo A. Hay otros

tipos de hemofilia, pero no voy a entrar en el detalle. Debido a la cantidad de casos que existen en Uruguay, se podría decir a los prestadores de segundo grado que deben organizar eso para prestar el servicio de alguna forma, como el modelo de Fopremi. Los demás tendrán otros modelos; las instituciones de Montevideo tienen otro porte y son capaces de organizarse de otra forma.

No creemos que este modelo, relacionado, por ejemplo, con el centro de trauma, cumpla con la definición. Lo queremos decir con absoluta seguridad. Los traumatizados y politraumatizados son de alta prevalencia; es al revés. Los accidentes de tránsito, de trabajo y domésticos, sin mencionar el aumento de los provenientes de la violencia, son de alta frecuencia. Hoy, Uruguay tiene una organización sanitaria que permite que casi todas las capitales departamentales tengan una estructura muy parecida en recursos humanos y materiales para atender al politraumatizado. Generar un centro de trauma a los efectos de la organización institucional del Uruguay no tiene ningún sentido práctico, más allá de que puede ser hasta perjudicial en cuanto a lo que los médicos llamamos "la hora de oro", posterior a un traumatismo grave.

No comprendemos ese ejemplo. Traumatología está en el Edificio Libertad y, al lado, a través del Banco de Seguros del Estado, se está construyendo otro sanatorio. ¿Cuál de los dos va a funcionar en el futuro con estas definiciones que están en el proyecto de ley?

No pensamos que ninguna de estos centros deba cerrarse; además, han sido complementarios. No son ineficientes en términos generales y son eficaces, o sea, dan servicios. Estos dos aspectos son sustantivos a los efectos de la definición.

Creemos -lo digo respetuosamente- que los centros de trauma no se encuadran en la definición legal que está en el proyecto. En el proyecto español, están los casos que consideraron como centros y servicios de referencia. Dentro de toda esta carpeta figura cada una de las patologías, con la prevalencia y exigencia necesarias para abrir un centro y servicios de referencia. Lo hemos estudiado.

No podemos comprender un aspecto sustantivo. ¿Cómo una definición legal, la del literal A) del artículo 2º, utiliza la expresión "generalmente"? Esto le da un grado de indeterminación técnica al proyecto. Lo hace muy elástico. Los criterios subjetivos son los que van a entrar en esta categoría. Nos parece un problema para una definición legal. Tampoco queda claro si los requisitos previstos en el artículo 2º son acumulativos o no. Todo esto está expresado en la Comisión de Salud Pública del Senado.

Queremos decir respetuosamente, al igual que actúa esta organización, en un sentido positivo, que realizamos una serie de observaciones cuyas respuestas no encontramos en las versiones taquigráficas. Las hemos leído todas; tanto las de la Comisión de Senado como las de acá. No queremos poner en tela de juicio el saber técnico -eso está fuera de cualquier razonamiento lógico- de los académicos que han pasado por esta Comisión. No obstante, la gestión de servicios de salud implica un saber distinto y requiere una sumatoria de conocimientos para el desarrollo de cualquier organización que dé un servicio de salud. Los criterios de eficacia y eficiencia deben seguirse; si no, trasladamos toda esa ineficiencia a la cápita, que es gasto público.

No pudimos leer en la versión taquigráfica sobre un análisis de impacto económico respecto a este proyecto de ley y lo que puede suceder si se cierra alguna organización de las que están funcionando en el país. En principio, ninguna tiene objeciones desde el punto de vista técnico en cuanto a su eficacia y a los resultados asistenciales.

Los prestadores del interior cuidamos muchísimo las cuestiones de eficacia y eficiencia; forma parte de nuestras obligaciones, así como atender la policlínica, operar

bien, tener los sanatorios con los estándares necesarios. Junto a todo eso, debemos tener en cuenta, al ser prestadores y aseguradores, no trasladar ineficiencias a la cápita. En este caso, como este proyecto no tiene previstas algunas cosas que se hacen para no trasladar ineficiencias, no vamos a ser responsables de los aumentos de los costos globales del sistema. Lo queremos decir, porque no nos sentimos responsables si se aprueba como está.

Por otra parte, en la resolución de un centro de servicios de referencia ya no interviene más el Poder Ejecutivo; solo el Ministerio de Salud Pública. Por lo tanto, no está previsto que el artículo 168 de la Constitución de la República actué siguiendo el procedimiento determinado allí, garantista de todas las fórmulas cuando se designa, como en este caso, un centro o servicio de referencia. Hoy, la Facultad de Medicina tiene once de las quince técnicas cubiertas por el Fondo Nacional de Recursos. Por una razón simple de conflicto de intereses, no puede estar sentada como comisión asesora en la mesa de las definiciones. Si lo hiciera, si la ley previera esto, debería hacerse como en el Fondo Nacional de Recursos: las organizaciones de segundo grado del Uruguay -IAMC- y el sector público también están presentes. En definitiva, toman las decisiones en conjunto. Esto lleva cuarenta años haciéndose en el Fondo Nacional de Recursos y no he escuchado que sea cuestionado absolutamente por nadie.

Mas allá de las responsabilidades que tiene el Ministerio, las responsables de que la gente pueda ejercer el derecho que le ha otorgado la ley que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud son las instituciones y, en definitiva, las instituciones públicas y privadas deben estar en igualdad de condiciones en todas las situaciones. Nosotros creemos que el proyecto de ley debería ser más claro en cuanto a las incompatibilidades de esta comisión asesora o establecer que quien determinará será el Poder Ejecutivo y que, por lo tanto, se llevará adelante a través de un mecanismo en el que también haya representación de los prestadores.

No haremos un punteo porque ya se hizo en la presentación anterior, pero debemos mencionar que no queremos que esto impacte sobre el sistema de salud, no porque vaya a generar una catástrofe, sino porque construir los sistemas de salud siempre hace necesarias las coincidencias y que los logros cuenten con los mayores consensos posibles de tal forma de que todo se pueda llevar adelante pacíficamente. Ese es nuestro deseo y así lo trasmitimos a la Comisión.

Es decir que para los 830.000 afiliados de Fepremi con patologías de baja prevalencia y alto costo, contamos con un sistema de resolución que pretendemos que persista en el tiempo, porque no tenemos quejas de los usuarios ni de las instituciones. Creemos que los años de trabajo de generación de eficacia y eficiencia se deben preservar. No se requirió ley para que hiciéramos esto ni tampoco para que otras instituciones de Montevideo cerraran centros o IMAE que no les resultaban eficientes y eficaces; por cuestiones de responsabilidad, cerraron esos centros y hoy la población se atiende en los otros que están abiertos, ya se trate de quemados, de trasplantes de médula ósea, o inclusive, de trasplantes de hígado. Por lo tanto, creemos que este proyecto de ley debería tener en cuenta a las instituciones.

Por otra parte, expresamos que cuando se cierra un servicio, también se cierra la docencia en él y, en definitiva, la distribución del saber es un elemento importantes que debe prever cualquier proyecto de ley, especialmente, en materia de salud, ya que adquirir el saber en esta área lleva muchos años y se dice que se ejerce por un período tres veces mayor al tiempo de formación, pero es muy poco con relación al resto. Entonces, los principios republicanos y democráticos que inspiran la reforma de la Ley Nº 18.211, es decir, la equidad, la accesibilidad y la libre opción del usuario, se pueden

ver afectados con este direccionamiento hacia pequeños grupos de médicos -si es que no se cambia la redacción- que tendrán la exclusividad de estos centros y que en definitiva se van empoderar de ese saber.

Por otra parte, hay un principio de autonomía de gestión de las instituciones prestadoras que la ley mencionada consagra, que en este caso, también se vería recortado. Como siempre, está el equilibrio entre lo que se recorta, si es para bien o para mal, y este es otro aspecto que nosotros queremos dejar dicho.

Fepremi, fiel a lo que ha sido su historia, ofrece su mejor colaboración para contribuir a perfeccionar -podríamos decir- el sistema de centros y servicios de referencia -si las autoridades así lo consideran- y que su producido final en la letra también sea apoyado por nuestras instituciones.

Les damos las gracias y quedamos a disposición para responder las preguntas que estimen convenientes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradezco la exposición y les pido disculpas porque debo retirarme.

(Ocupa la Presidencia el señor representante Walter De León)

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Es un gusto estar compartiendo lugares de trabajo con ustedes.

Creo que el proyecto de centros de referencia es clave para el gobierno y, obviamente, como Comisión, escuchamos a todas las partes. Compartimos algunos de los conceptos que emitió el presidente de Fepremi y otros no -el arte de gobernar es buscar lo posible entre todo-, pero quiero trasmitir una preocupación que ya tenía y que ahora se mencionó, que a mi juicio, es lo más importante. A lo largo de estos dos meses, hemos participado de muchísimas reuniones -inclusive, la academia ha asistido a la Comisión- y me da la sensación de que en el ámbito médico- académico este proyecto levantó muchísimas expectativas, queriendo trasladar el conocimiento de aquellas patologías de baja prevalencia, de alto costo o no -eso será cuestión de la reglamentación de la ley- al hecho de buscar un nicho laboral. Yo me he reunido con especialistas que piensan que la aprobación de este proyecto de ley les va a facilitar la creación de un centro de especialización de referencia por fuera del Sistema Nacional Integrado de Salud; eso es lo que me preocupa y el presidente lo dejó claro.

Yo estoy convencido de la necesidad del proyecto y me parece que deberíamos hacer ajustes para que las instituciones, tanto públicas o privadas, integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que quieran presentarse como centros de referencia para las patologías que el Ministerio determine, lo puedan hacer, ya que me parece bien. Lo que no me parece bien es que sea por fuera y que lo hagan de manera individual. Eso ha generado expectativas en distintos centros de especialidades; algunos representantes han venido aquí y nos hemos reunido con otros en forma privada. Entonces, me parece que es muy importante especificarlo exactamente.

Con respecto a algunas cifras, obviamente, el presidente de Fepremi maneja mucho mejor que yo estos temas, pero sabemos que los IMAE que están en una institución de asistencia médica colectiva son privados. En el caso de los IMAE cardiológicos, lo vemos claramente; tal vez, no es el caso del Sanatorio Americano, pero sabemos que los IMAE que funcionan en otras instituciones de asistencia médica son absolutamente privados. Es más: diría que hay IMAE o propietarios de IMAE que apuestan a varias instituciones. Entonces, tal vez las cifras macro que se dieron sean las

correctas, pero cuando uno las analiza ve que el poder no está en la institución, sino en quien maneja los IMAE o en sus propietarios.

Por mi parte, solicitaría que dejaran las propuestas -si las tienen por escrito o articuladas, mejor, a pesar de que vamos a leer la versión taquigráfica con mucha atención- a los efectos de tenerlas como una herramienta para poder trabajar en la Comisión.

SEÑOR CARDOSO (Carlos).- Estamos trabajando en el articulado. Creo que mañana podríamos hacerlo llegar a la Comisión.

Me parece bien aclarar que nuestra organización está integrada por IAMPP, instituciones sin fines de lucro. Los IMAE del Sanatorio Americano pertenecen a esas instituciones. No solo se trata de instituciones sin fines de lucro, sino que los medios de producción pertenecen a las instituciones, no a las personas. Además, cuando se desarrollan sucursales, como es el caso del centro cardiológico de Salto, también estamos hablando de IAMPP, que no pertenecen a las personas. Es decir, los médicos integramos asambleas y cuando nos retiramos, nuestros hijos no heredan nada de esto. Ustedes saben cómo es esto; la ley es muy clara al respecto. Somos una especie de administradores y debemos trabajar como médicos en ellas. En los estatutos de todas las instituciones se establece la edad de retiro. En ningún caso son propiedad personal.

Este es el modelo de trabajo que ha tomado nuestra organización a lo largo de cincuenta años y que va a mantener.

SEÑOR LEMA (Martín).- Agradecemos la presencia de los representantes de Fepremi en la Comisión. Hoy recibimos a varias delegaciones para hablar de este tema y a la hora 16 tenemos sesión de Cámara, por lo cual tenemos que dar mucha celeridad a los comentarios.

En lo personal, agradezco mucho los conceptos brindados. Estoy convencido de que cuando aprobamos una ley rápidamente, solo por la ansiedad y el apuro de convertir el proyecto de ley en derecho positivo, después hay demoras en su implementación y problemas de instrumentación.

Muchas de las preocupaciones que ustedes manifestaron las planteamos al ministro cuando compareció en este ámbito para hablar de este tema. Es importante contar con un informe de impacto económico, porque una vez determinados los centros de referencia hay que ver cómo va a ser su funcionamiento. Para ello, necesariamente habría que contar con un estudio. También es importante conocer cómo se va a instrumentar esta iniciativa, por ejemplo, en qué orden se irán denominando los diferentes centros de referencia. Entiendo que se debería ser más preciso en la definición de qué abarcará el proyecto de ley.

Comparto con el diputado Gallo, que sería importante que nos hicieran llegar el material que entiendan pueda servirnos para el estudio de este proyecto, como el decreto español que mencionaron, del año 2006, o todo aquello que pueda ser útil para mejorar o perfeccionar la redacción.

He dicho en todos lados y reitero acá que estoy de acuerdo con el espíritu de esta iniciativa, pero no sé si hace falta una ley de estas características para cumplir con ese espíritu. Tengo mis dudas; es lo que estamos discutiendo en este momento. De compartir el espíritu a creer que esta iniciativa efectivamente puede convertirse en una ley que facilite la instrumentación hay una gran diferencia. Por ello, el Partido Nacional -la presidenta de la Comisión, que se tuvo que retirar, integra el mismo partido político que quien habla- tiene la mayor disposición a contribuir con este tema, recorriendo el proceso

necesario para hacerlo bien y no para hacerlo rápido, así que con mucho gusto daremos lectura al material que nos quieran dejar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la delegación de Fepremi por haber concurrido a la Comisión y por sus aportes.

(Se retiran de Sala los representantes de Fepremi)

(Ingresa a Sala una delegación integrada por representantes de la Asociación de Diabéticos del Uruguay y de la Asociación de Usuarios de Bomba de Insulina)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a la delegación de la Asociación de Diabéticos del Uruguay, integrada por su presidente, doctor Mario Jubie; su gerente general, señor Javier González; el doctor Quiñones, y la señora Laura Hernández.

Tienen la palabra.

SEÑOR JUBIE (Mario).- Si me permite, quiero aclarar que en representación de la Asociación de Diabéticos del Uruguay estamos aquí el señor González y yo, que actualmente presido el Consejo Directivo. Vinimos acompañados por el doctor Óscar Quiñones y la señora Laura Hernández en representación del grupo Usuarios de Bomba de Insulina.

La Asociación de Diabéticos del Uruguay es una sociedad civil sin fines de lucro, cuyo principal objeto social es la educación sobre la diabetes, que generalmente se establece a nivel de todo grupo etario, es decir, niños, jóvenes y adultos.

En tal sentido y para explicar lo que venimos a hacer hoy frente a esta Comisión, me gustaría ceder la palabra al gerente general, señor Javier González y al doctor Óscar Quiñones.

SEÑOR GONZÁLEZ (Javier).- Simplemente, voy a hacer una introducción, porque esperamos que el protagonismo lo tenga nuestro compañero Óscar Quiñones.

Venimos por un motivo principal y uno secundario, que tiene relación con el primero.

El motivo principal es que el pasado 14 de noviembre, en el marco del Día Mundial de la Diabetes, la Asociación de Diabéticos del Uruguay junto con el grupo Usuarios de Bomba de Insulina realizamos una campaña a los efectos de llevar adelante un petitorio para la inclusión del sistema de bomba de insulina con monitoreo continuo de glucosa en el PIAS (Plan Integral de Asistencia en Salud) del Ministerio de Salud Pública.

Desde el 14 de noviembre de 2017 al 15 de mayo de 2018 han pasado 183 días desde la presentación de dicho petitorio que fuera acompañado por más de 63.000 adhesiones electrónicas y aún no hemos tenido respuesta.

Nos hemos presentado ante el Ministerio de Salud Pública en varias oportunidades a posteriori de lo que fuera la entrega física de dicho petitorio. A las semanas nos pusimos a disposición por vía escrita a los efectos de vincular a las sociedades científicas que hoy representan a la diabetes en el Uruguay, a fin de avanzar en los protocolos y demás procesos necesarios para desarrollar ese plan de inclusión progresiva del sistema de bomba de infusión. Y hablo de inclusión progresiva porque el mensaje que recibimos el 14 de noviembre por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública -especialmente de la que es hoy su directora Nacional de Salud, doctora Raquel Rosa- es que se estaba trabajando en la misma sintonía y que inicialmente se pensaba comenzar la inclusión de dicho sistema en el grupo de niños con diabetes.

Nos presentamos a los noventa días por escrito para intentar vincular a las sociedades científicas que también fueron socios estratégicos de dicho petitorio, como lo son generalmente en todas las actividades que desarrolla la Institución, y no tuvimos respuesta a esa primera comunicación.

Luego, a los cien días nos pusimos en contacto vía carta nuevamente solicitando una entrevista a dicho Ministerio para saber si había algún tipo de avance y no tuvimos ninguna respuesta. En el día de ayer, lunes, hemos presentado en una tercera oportunidad una nueva carta solicitando una reunión a los efectos de una información que le fuera brindada verbalmente al doctor Quiñones.

En resumen, seguimos ratificando no solamente desde el punto de vista de lo que es la Asociación de Diabéticos del Uruguay y del Grupo de Usuarios de Bombas de Insulina que representa a personas con diabetes, sino también desde el punto de vista de lo que es la academia y de lo que sucede en la región. Uruguay forma parte de esos pocos países que hoy no tienen el sistema de bomba de infusión de insulina incluido en su sistema de prestaciones. Hace tres o cuatro meses el último país que la terminó de incluir fue Paraguay. Quiero hacer énfasis en dos hitos que creemos que en la teoría acompañan sin lugar a dudas lo que es el objetivo de la prevención y cuidado de la diabetes.

La primera señal se dio poco antes del lanzamiento de nuestra campaña por la petición de la bomba de insulina con el presidente, señor Tabaré Vázquez, realizándose un video en vísperas de lo que fue el encuentro importante que hubo a nivel internacional de la OMS, OPS en Uruguay, en la búsqueda de ese combate a las enfermedades crónicas no transmisibles.

En esa oportunidad, a fines de octubre, quedamos más que esperanzados de ver que estábamos en sintonía con lo que se estaba proponiendo en nuestro país, que quiere ser líder en el combate y cuidado de las enfermedades crónicas no trasmisibles al igual que lo supo ser y es a nivel del tabaco.

En el día de ayer, recibimos esta otra noticia que dice: "ministros de Salud de Uruguay y Finlandia prepararon primer informe de Comisión Mundial sobre Enfermedades no Trasmisibles". Se hace un despliegue de lo que es una nueva tarea, camino a lo que va a ser el encuentro próximo también de alta incidencia en esto.

Nos preocupa que haya una firme decisión de querer liderar como país en lo que es el combate de las enfermedades crónicas no transmisibles y que nos cueste tanto llevar a la práctica situaciones tales como la bomba de insulina.

SEÑOR QUIÑONES (Óscar).- Soy el presidente de la Asociación de Usuarios de Bomba de Insulina que también es una asociación sin fines de lucro, que se creó casi ad hoc en el año 2013, con el objetivo principal de conseguir la financiación por parte del Estado del tratamiento con bomba de insulina para unas trescientas personas que son las que lo estarían necesitando.

La verdad es que me es difícil resumir seis años de fracaso. No creo que tenga que argumentar más desde el punto de vista científico porque en ese sentido no hay una discusión; no se discute la indicación para los casos precisos de la bomba. Ustedes, como políticos, seguramente recordarán este eslogan que dice: "Cambio versus más de lo mismo. La economía, estúpido. No olvidar el sistema de salud".

Esta campaña tan exitosa desde el punto de vista político me hizo decidir por hablar solamente de los obstáculos básicamente de tipo financiero o económico.

En el último cuarto de siglo, sin lugar a dudas, el objetivo de la medicina después de miles de años mutó rápidamente y ni siquiera nos dimos cuenta, o por lo menos no pudimos comprender el cambio del paradigma. Los pacientes fueron desplazados y en su lugar apareció el costo. Y el costo ya es nuestro desvelo; ya no son los pacientes el desvelo de los médicos; ni de los médicos ni el de las autoridades de los hospitales ni de las autoridades de salud. No lo son; ni acá ni en el extranjero. Es una cosa realmente increíble. Ya no se habla de pacientes; son usuarios y los costos dominan todo.

Estos trescientos pacientes son pocos, y no se les da el mejor tratamiento que pudieran recibir por problemas de costo financiero; nada más. Pero cuando se habla de costos -yo he intentado hablar con las autoridades y no ha sido posible- vemos que hay costos ocultos. Entonces, la mirada parece ser muy cortoplacista. Los costos ocultos son importantes y los costos a futuro, si no se les da a estos pacientes, los va a tener que pagar la sociedad, y también son muy altos. Simplemente puedo decir que si se evitara una sola descompensación que determinara la internación de un paciente de los que tienen indicación de bomba de insulina, se licua la diferencia que hay entre un tratamiento con bomba de insulina y un tratamiento convencional.

Entonces, no se concibe esta indiferencia, en cierta medida, de parte de las autoridades. Nosotros hicimos un largo trayecto y en año 2016 el Fondo Nacional de Recursos nos llamó y concluyó que el tratamiento con bomba de insulina es de alto costo, que no está dado por la máquina, sino por el pago constante de los insumos descartables por parte de los pacientes que, aproximadamente, es de US$ 1.000 por mes, y que no iba a incluir en las prestaciones del Fondo la bomba de insulina porque pensaban que la diabetes -pensaban correctamente- es una enfermedad de tratamiento integral, como la mayoría de las enfermedades crónicas. Además, creían que debían estar comprendidas en los planes integrales de salud.

También nos dijeron que nos despreocupáramos, que el Sistema Nacional Integrado de Salud era uno solo, que los dineros se movían por un principio de vasos comunicantes y que solo se diferenciaban por la ventanilla que salían. Dos años después ninguna ventanilla se ha abierto.

Hay una indiferencia de las autoridades que, por un lado, como ciudadano me indigna y como médico me da vergüenza. Estadísticamente, trescientas personas es un número bajo, y parecería que así lo ven estadísticamente, pero para nosotros, ella es una persona, tiene cara, tiene nombre y tiene algunos problemas que solo nosotros, que estamos ahí cerca, los podemos ver y sentir. Estos problemas son de todo tipo.

Como médico, veo verdaderos horrores que a veces hacen estos pacientes para tratar de continuar con el tratamiento. Y como persona, veo el riesgo que ellos, sus familiares y amigos asumen, en actitudes que casi bordean la ley.

Estas cosas a uno realmente lo indignan profundamente.

Cuando en el año 2015 se emitió la Ordenanza N° 882, dijimos que podía ser una vía de escape porque era para los casos de dispositivos o de tratamiento de medicamentos que no estuvieran comprendidos en el PIAS.

Nosotros pensamos que el dispositivo médico "bomba de insulina" podría no estar e hicimos un expediente con documentación muy potente, pero no sorteó el primer paso. ¿Por qué? Porque sorpresivamente nos respondieron que la bomba de insulina no es un dispositivo médico, que de acuerdo con el Decreto N° 165, de 1999, la bomba es un equipo médico.

Ante esto, fuimos a hablar con el responsable de la división de tecnología del ministerio y nos dijo que daba lo mismo que fuera una bomba atómica o una bomba de nafta, porque iban a ir ahí por similitud de familia.

En ese decreto de 1999 únicamente se habla de las bombas de infusión para terapia intensiva y para emergencia.

Personalmente, me entrevisté con el doctor Bustos para discutir cuál había sido el espíritu de ese decreto. Él me dijo que como pediatra, como neonatólogo, conocía el tema de la bomba de insulina.

En ese momento -hace un cuarto de siglo-, en Uruguay no había bomba de insulina registrada, y si bien había algunos pacientes que tenían una bomba era porque la trajeron del exterior, inclusive, en situaciones bastante particulares, porque algunos de ellos fueron sacados del país en la época de la dictadura. Ellos estuvieron en Europa y, por contar con otros sistemas de salud, tuvieron acceso a las bombas de insulina que, reitero, las trajeron cuando retornaron al país.

Frente a esa situación, apelamos al señor ministro y le preguntamos por qué entendían que la bomba de insulina era un dispositivo, pero la respuesta fue la misma: por el Decreto N° 165, no se considera que sea un dispositivo sino un equipo médico.

Hemos seguido todos los caminos posibles, pero hasta ahora no logramos ningún tipo de respuesta.

Hay cosas que claramente desconciertan; hay falta de empatía e indiferencia y hasta mala suerte. Si el paciente está en ASSE o se asiste en la Sanidad de las Fuerzas Armadas, tiene derecho a una bomba de insulina. En las Fuerzas Armadas la tienen, en ASSE a veces se la dan, pero en el resto del sistema no se la dan. No hay ninguna explicación por qué ASSE lo da y el resto del sistema no.

Sí hay una explicación de por qué las Fuerzas Armadas lo dan. También aquí hay un sesgo de injusticia. Quiero dejar bien en claro que no planteo que a ningún paciente que se asista en las Fuerzas Armadas le retiren alguno de los derechos que tiene, pero habría que mirar de dónde sale el dinero para financiar esa terapéutica. En estos casos es cuando digo que hay una injusticia, por ejemplo, con ella, una mujer que necesita una bomba de insulina.

¿Por qué digo esto? Porque si uno va a las compras del Estado se encontrará con que esas bombas de insulina que adquiere las Fuerzas Armadas está financiada por el Rubro 03, y si lo empieza a rastrear se encontrará con que está formado por dos vertientes: por un lado, el dinero que pone cada uno de los integrantes de las Fuerza Armadas y, por otro, los proventos de las asistencias que realiza la Sanidad de las Fuerzas Armadas a instituciones privadas o a otras instituciones del Estado. En el momento en que se hace eso se está utilizando un capital que es del Estado, que está pago por el impuesto de cada uno de nosotros, pero se utiliza en beneficio de esa corporación.

Reitero que no digo que esos pacientes no deban recibir el tratamiento, pero sí es injusto que esta señora, por ejemplo, no lo reciba.

Hemos agotado todas las vías y no logramos nada, y hasta me parece una falta de educación y cortesía que no nos reciban en el ministerio. Como médico, no lo comprendo, y me parece una falta de ética que los propios colegas no nos digan de discutir el tema, a conversar para ver si hay alguna solución.

Los únicos tres minutos que estuvimos con las autoridades fue cuando se entregó el petitorio. Después de cinco años, parados en un pasillo nos dijeron que iban a hacer algo, que era probable que comenzaran por los niños, pero a partir de ahí de nuevo hubo un silencio absoluto. Reiteradamente hemos pedido que nos reciban, pero no lo hacen.

¿Qué me dicen extraoficialmente? Que hable con el doctor Gianneo. Voy, hablo, me reúno varias veces, me hace muchas preguntas, le transmito toda la información que tengo, hasta que en determinado momento lo llamé y me dijo que él ya no tenía nada que ver con ese proyecto.

Vuelvo a llamar a la doctora Rosas, que fue quien me indicó que hablara con el doctor Gianneo, y me dice que el petitorio se lo había pasado al ministro y que este lo trasladó al Fondo Nacional de Recursos. Entonces, estamos en un sistema casi de calesita. Se está juntado la cabeza con la cola, como la culebrilla, como decimos en campaña. O sea que en el momento en que se junte la cabeza con la cola, vamos a estar mal.

A mí me tiene muy mal todo esto. Yo soy un militante muy activo del partido de Gobierno, por lo tanto, esta indiferencia para con nuestras solicitudes, no la llego a entender.

Es parte de lo que quería trasmitirle.

SEÑOR PRESIDENTE.- Le paso la Presidencia a la señora representante Mabel Quintela, que es la presidenta titular de la Comisión.

(Ocupa la Presidencia la señora representante Mabel Quintela)

SEÑOR LEMA (Martín).- Antes que nada, quiero agradecerles por haber concurrido a la Comisión.

Por otra parte, les informo que a la hora 16 tenemos que terminar la sesión de la Comisión porque empieza la Cámara, pero no quiero que su planteo quede en la nada.

Algunas cosas que ustedes han planteado no dependen de esta Comisión. Por lo tanto, propondría a la Secretaría que enviara la versión taquigráfica de todo lo que han expresado aquí al Ministerio de Salud Pública, haciendo hincapié en la falta de respuesta ante la solicitud de una reunión.

En concreto, vamos a enviar la versión taquigráfica al Ministerio de Salud Pública para que tome conocimiento de las inquietudes que ustedes plantean.

El ministro de Salud Pública concurrirá mañana a esta Comisión para hablar no solamente de medicamentos de alto costo, sino también de los tratamientos de alto costo que no cubre el Fondo Nacional de Recursos. Vamos a trasladar sus inquietudes al señor ministro a efectos de agilizar el reclamo que están haciendo.

Reiteramos que vamos a enviar al Ministerio de Salud Pública la versión taquigráfica de la reunión de hoy para que conozcan sus inquietudes. Además, mañana vamos a incluir este tema como parte de los tratamientos de alto costo que no están comprendidos en el Fondo Nacional de Recursos.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Creo que el trabajo que ustedes realizan es muy importante, y es grande la pasión que le pone el doctor Quiñones, a quien conocemos desde hace mucho tiempo. No baje los brazos, doctor Quiñones.

Como ustedes sabrán, el jueves se realizará un evento que promueve un proyecto de ley sobre diabetes. Nosotros lo hemos estudiado mucho. En ese sentido, quiero decirles que la semana pasada mantuvimos una reunión con el señor ministro sobre el

proyecto de ley y hablamos sobre las bombas de insulina. Quiero que se que vayan con la tranquilidad de que el tema de las bombas va a salir, en una primera etapa, para los niños. Eso está en manos del Fondo Nacional de Recursos y lo está instrumentando. Mañana vamos a tener la oportunidad de preguntar al señor ministro a ese respecto para que quede oficialmente establecido.

La lucha que están llevando adelante ustedes hay que continuarla ya que sin lucha no viene nada, pero les pido que entiendan que existen otras enfermedades, otros medicamentos que hay que atender. Cada uno lucha por lo suyo, y está bien que así sea. El tema de la salud es muy complejo, pues hay que administrar muchos aspectos.

La bomba no es un producto caro. Si hablamos de trescientos casos no parecería ser un universo muy grande, y el costo no sería alto; lo que es caro es el costo mensual. Tener la bomba y no poder usarla, no tiene mucho sentido. Me parece que como toda etapa tiene que ser gradual. Mañana vamos a tener la certeza de que se va a empezar primero por los niños, según nos dijo el señor ministro. Hay que tener en cuenta también que no todos los pacientes usan bomba.

Este año va a haber una asamblea nacional de Naciones Unidas en la se tratará el tema de enfermedades crónicas no trasmisibles y la diabetes es una de las vedetes. Creo que ese impulso le va a venir bien al Uruguay para mejorar muchos aspectos de la diabetes.

A los compañeros que no son médicos, les digo que la diabetes tiene una incidencia entre el 8% y 10% de prevalencia en el mundo. En el Uruguay tal vez estemos en 8,5% o 9%, que son unas 280.000 personas. Se distinguen dos tipos: tipo 1 y tipo 2.

La diabetes tipo 2 corresponde al 90% de las personas que padecen esta enfermedad, y esta es la que tenemos que salir a enfrentar como Sistema Nacional Integrado de Salud.

En el proyecto se establece que para un diabético tiene que haber un equipo multidisciplinario que atienda todo. Eso me parece un despropósito. Tenemos que focalizarnos en donde los pacientes tienen problemas que son los pacientes con diabetes tipo 1, alrededor de treinta mil personas en el Uruguay.

Me parece que a partir del acto que se realizará el 17 se puede organizar una mesa de trabajo entre los involucrados y el Parlamento, porque nosotros tenemos mucho para aportar a ese proyecto de ley.

Les pido que no bajen los brazos, los felicito por el trabajo, y a seguir luchándola.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les pido disculpas por no haber estado todo el tiempo escuchándolos a ustedes, ya que tuve que estar en otra Comisión; no obstante, voy a leer la versión taquigráfica.

Considero que su trabajo no es fácil. Yo tengo familiares diabéticos y sé lo que se sufre. Mañana vamos a trasmitir al señor ministro el planteo que ustedes han hecho.

Les deseo mucha suerte.

(Se retira de sala una delegación de ADU)

(Ingresa a sala una delegación del Sindicato Médico del Uruguay)

——La Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación del Sindicato Médico del Uruguay, integrada por su presidente, el doctor Gustavo Grecco; el director político de la Unidad de Negociación, doctor Federico Preve; el secretario general, doctor Alejandro Cuesta, y la arquitecta Eleonora Lavatta.

Vienen a dar su opinión acerca del proyecto relativo al centro de referencia.

SEÑOR GRECCO (Gustavo).- Para el Sindicato Médico este tema es central, por lo que pedimos ser recibidos en vistas de que el proyecto de ley enviado por el Poder Ejecutivo ya tiene media sanción del Senado.

Ha transcurrido un largo lapso ya. Para el Sistema Nacional Integrado de Salud es esencial contar con una ley de centros de referencia que nos permita hacer cambios hacia una mejora en la calidad asistencial, y hacia un ordenamiento y una racionalidad.

Hay varios enfoques sobre este tema; tiene un abordaje complejo. Voy a hacer una síntesis.

Desde hace varios años, como sindicato, venimos trabajando sobre este tema, a través de la 9a Convención Médica Nacional. Allí, un grupo de trabajo específico abordó la mejora del modelo de la práctica en la atención médica y sus conclusiones se pusieron a consideración del sistema político. En la Convención somos miles de médicos discutiendo temas inherentes al Sistema de salud, a través de todos los medios disponibles. Una de sus conclusiones es recomendar, con mucho énfasis, la creación de centros de referencia en el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud para patologías de baja prevalencia, de alto impacto social y de alto costo.

Dejaremos en poder de la Comisión las conclusiones de la 9a Convención Médica Nacional. Además, hay mucha referencia bibliográfica que les servirá como insumo. Seguimos trabajando en este tema.

Luego de la Convención, hicimos una actividad específica para el abordaje: juntamos distintas especialidades de la medicina que se verían beneficiadas, en el contexto del marco jurídico, del funcionamiento como centros de referencia. Me refiero, por ejemplo, a lo que hoy funciona como Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras en la órbita del BPS, a la asistencia al *stroke* isquémico y la necesidad de la reperfusión de las arterias cerebrales por mecanismos tanto farmacológicos como mecánicos que funciona en la órbita del Hospital de Clínicas, a todos los programas de trasplante, a la patología cardiovascular, al transplante de células hematopoyéticas, como ocurre en el Hospital Maciel.

Estos son ejemplos claros y concretos en los que podemos profundizar en cuanto a funcionamiento y a resultados actuales. Me refiero a un marco jurídico distinto que lleve a todo el Sistema a la derivación de esos pacientes de alta complejidad, que requieren recursos humanos altamente calificados, entrenados, especializados, con lo que ello implica. Todos trabajamos en centros de estas características. Hemos observado que esos pacientes específicos se benefician de lo que se llama "el efecto volumen" -hoy, esos pacientes están desperdigados en el Sistema- y del "efecto centro", ya que cuentan con la mayor concentración de recursos y de tecnología en un lugar.

En ese sentido, la fragmentación que hoy tiene el Sistema -si bien nuestro Sistema es integrado, tiene un régimen de competencia entre los distintos prestadores; cada prestador pretende dar cada una de las prestaciones que impone la regulación del Sistema y eso hace que quienes somos técnicos especializados estemos desperdigados- implica una dilapidación de recursos y de experiencia que lo único que hace es que sea menos eficiente y que la asistencia tenga menor calidad.

Como Sindicato Médico del Uruguay apoyamos enfáticamente el proyecto de ley que crea centros de referencia. Entendemos que es imprescindible para mejorar la calidad de nuestro Sistema. Hay razones políticas: el avance y la profundización de la reforma tiene claramente en esto una pata que aún no se ha desarrollado. Profundizar la

reforma de la salud es un aspecto que nos interesa y es especialmente importante. También hay razones económicas: no es lo mismo tener los recursos concentrados, con mejores resultados objetivos, que tenerlos desperdigados. Asimismo, hay razones técnicas: la gestión de las políticas de salud tiene el peso de una evidencia científica en cuanto a cómo se hacen las cosas en el mundo. En este caso específico, entendemos que las razones políticas tienen que estar profundamente fundamentadas en la evidencia científica, que es lo que nos marca la experiencia a nivel internacional, sobre lo cual hay amplia bibliografía.

A modo de ejemplo -disculpen lo autorreferencial- : trabajo en el Programa Nacional de Trasplante Hepático, único centro que funciona como un centro de referencia. Somos treinta profesionales que trabajamos en un instituto de medicina altamente especializado, vinculado con el Fondo Nacional de Recursos. Concentramos toda la actividad vinculada con la patología hepática, crónica y aguda, y resolvemos todos los aspectos de una población que abarca a miles de pacientes -de otra manera, estarían desperdigados o yendo a Buenos Aires-, con resultados comparables y ajustados a estándares internacionales y un ahorro significativo para el país, ya que es mucho más caro mandar a los pacientes a hacerse un trasplante hepático a Buenos Aires. Esa información está disponible, si así lo desean; podemos acercarla.

Hay otros ejemplos pero me gustaría que mis compañeros hicieran uso de la palabra ya que no quiero monopolizarla y hay aspectos que tal vez se me puedan pasar por alto.

SEÑOR PREVÉ (Federico).- Con respecto a los ejes centrales el doctor Gustavo Grecco ya mencionó la importancia de la atención sanitaria y de la calidad asistencial en un marco de equidad, así como aspectos que tienen que ver con el gasto y la no duplicación de recursos, todos elementos en los que como sindicato estamos de acuerdo así como también con el proyecto de ley que elevó el Ministerio y ya votó la Cámara de Senadores. Sin embargo, tenemos algunos matices en algunos puntos.

Uno de los aspectos centrales es que no hay un formato de trabajo específico. Nosotros creemos -y así venimos trabajando desde 2010 en el sindicato, en particular en el trabajo médico-, que los técnicos, licenciados o profesionales que trabajen en los centros de referencia deben hacerlo con alta dedicación porque una de las cuestiones más importantes aquí es la concentración de la experticia, el profesionalismo y la experiencia. En este sentido pensamos que el trabajo debe ser con alta dedicación y en algunos casos, obviamente, con exclusividad, si así se permitiera.

Otro de los aspectos en que tenemos matices con el proyecto de ley es el relativo a su financiamiento. Este proyecto utiliza como intermediario al Fondo Nacional de Recursos y nosotros creemos que el financiamiento de los centros de referencia debe ser a partir de una alícuota de la cuota de salud e ir desde el Fonasa a través de la Junasa hacia los prestadores que tengan el centro de referencia directamente; es decir desde el prestador al centro de referencia y no utilizar como intermediario al Fondo Nacional de Recursos porque, en realidad, el Fondo trabaja en una lógica de pago por acto y uno de los elementos que conceptualmente cambia con los centros de referencia es que aquí hay un proceso asistencial que está siendo atendido desde la promoción y prevención, porque estos centros también deben tener políticas para desarrollar prevención y promoción sanitaria. Así actúan todos los centros como el Crenadecer y la unidad de ACV del Clínicas; todos los centros deberían tener políticas específicas para prevención, promoción y, obviamente, asistir al usuario en un momento determinado del proceso asistencial y continuar su proceso. Durante todo el proceso asistencial, prevención,

atención, asistencia, evaluación, tratamiento y rehabilitación, el centro de referencia tiene que actuar; tal vez no interviene en todas las etapas, pero sí tiene que ver con todas.

El cambio del financiamiento también tiene que ver con el cambio conceptual de un pago no estrictamente por un acto sino por lo que se gasta en esa patología en determinando momento interviniendo en un proceso asistencial. Para nosotros tiene que ir directamente de la cuota de salud del Fonasa al centro de referencia pasando, obviamente, por los prestadores. Estos dos temas son importantes, tanto el del formato de trabajo como el del financiamiento, y estos son la mayor diferencia que tiene el sindicato.

Otro aspecto que nos parece relevante recalcar -aunque está incluido en el proyecto- es que nosotros creemos que obligatoriamente los centros de referencia deben formar porque es a través de este mecanismo que se evita que se creen núcleos de poder como pasa con otros IMAE que se concentran en una patología determinada y, obviamente, el poder, la experiencia, el profesionalismo y el volumen de trabajo hacen que puedan enseñar con discrecionalidad, sin estar obligados a tener residentes o a formar de otra manera los recursos humanos para el país.

SEÑOR GRECCO (Gustavo).- Quiero recalcar todos los aspectos que mencionó el doctor Federico Preve, que son una crítica constructiva a este proyecto, que como toda propuesta tiene sus visiones y sus matices.

Nosotros entendemos que a través de esta visión del Sindicato Médico intentamos alejarnos de una salud que premie o pague el acto. Consideramos que un acto médico puntual, como un trasplante, una intervención cerebrovascular o una intervención quirúrgica cardíaca es una cosa, pero debemos cambiar la cabeza y mutar hacia una asistencia integral al paciente, hacia un sistema que contemple a la persona, al ser humano, y no habitar en un sistema que tenga al paciente y a la patología como centro. Ese es el concepto más profundo hacia el cual queremos transitar. Hemos hablado extensamente este tema con el señor ministro de Salud Pública y por eso planteamos nuestro matiz, y proponemos una incorporación integral dentro de lo que es un prestador al centro de referencia, y no un núcleo de poder, de conocimiento y de experticia que rente al sistema sus prestaciones. Creemos que esa es una diferencia esencial hacia una mejora de la calidad del sistema.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Es un gusto recibir a la delegación del Sindicato Médico del Uruguay y escuchar sus aportes. Nosotros estamos absolutamente convencidos de aprobar este proyecto de ley. Obviamente, cada uno de los integrantes del Sindicato Médico del Uruguay, de Fepremi, de la academia y del Ministerio -es decir de todas las delegaciones que han pasado por aquí-, si bien está de acuerdo con el proyecto, ha planteado sus inquietudes. Precisamente el arte de la política es hacer lo posible. Se han hecho aportes importantes que la Comisión estudiará y veremos qué surge.

Algunos aspectos, como el hecho de que los trabajadores deban tener alta dedicación, son importantes; no creo que sea necesario incluirlo en la ley sino que podrá ser cuestión de su reglamentación. El financiamiento sí debe estar incluido porque es parte del entronque de la ley.

Un aspecto que acaba de mencionar el presidente del Sindicato Médico del Uruguay, que a su vez dejó muy claro el Presidente de Fepremi y en el que yo también venía pensando, es el relativo a la definición. Yo creo que tenemos que mejorar mucho la definición, porque tal como está planteada es para concentrar núcleos de poder y conocimiento y vendérselo a las instituciones. A mi juicio, los centros de referencia tienen

que estar enmarcados dentro de todas las instituciones que están al servicio del Sistema Nacional Integrado de Salud. Si no marcamos eso estamos corriendo el riesgo de que venga un centro de referencia de equis patología del extranjero, se instale en Uruguay, y empiece a atender. Entonces, me parece que tienen que estar enmarcados dentro de las instituciones que hoy están en el Sistema Nacional Integrado de Salud y no por fuera, pero la definición no lo dice; da la posibilidad de que se formen centros de referencia sin estar enmarcados de esa manera.

Reitero que me parecen muy buenos los aportes y los vamos a tener en cuenta cuando analicemos el proyecto artículo por artículo a los efectos ver qué podemos hacer.

SEÑOR LEMA (Martín).- Voy a ser muy concreto porque ya está por comenzar la sesión de Cámara, pero considero compartibles muchos de los aspectos que ustedes manifestaron. En lo personal tenemos el espíritu de acompañar esta iniciativa porque entendemos que favorece el sistema de salud en general. Compartimos lo relativo a la definición; con otras delegaciones ya habíamos expresado la necesidad de ajustarla para que sea más precisa y no dé lugar a ningún tipo de malentendido.

La delegación hizo referencia a algo en lo que por el momento nos va a quedar en el debe, aunque quizás se pueda corregir, y es el tema de la financiación. Creo que es de recibo la sugerencia con respecto a proceder al estudio sobre este aspecto; en lo personal considero que tendría que haberse hecho un análisis de impacto económico general para evitar que esto se impulse y después por algún tipo de inconveniente, que podría haber sido predecible, se ocasionaran inconvenientes. Más allá de eso compartimos el espíritu del proyecto, tomamos en cuenta las iniciativas y sugerencias, y vamos a proceder a su estudio con la mayor celeridad posible a los efectos de disponer de esta iniciativa cuanto antes, dando los pasos necesarios para que sea una buena ley, evitando que se sancione con celeridad para que posteriormente no haya inconvenientes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos la presencia y les pedimos disculpas porque las anteriores delegaciones se extendieron más de lo previsto. Realmente ha sido muy bueno el aporte y sabemos que podemos volver a contar con ustedes.

SEÑOR GRECCO (Gustavo).- Estamos a las órdenes para cuando lo dispongan.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchas gracias.

No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

===/